

AED点検表（年度）

1 毎日点検

※ 毎日 時にインジケータを確認すること(ただし閉館日を除く)。

インジケータで機器状況の確認後、使用可であれば「○」を記載、使用不可であれば「×」を記載し、**使用不可の場合は速やかに販売業者に連絡すること。**

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1日												
2日												
3日												
4日												
5日												
6日												
7日												
8日												
9日												
10日												
11日												
12日												
13日												
14日												
15日												
16日												
17日												
18日												
19日												
20日												
21日												
22日												
23日												
24日												
25日												
26日												
27日												
28日												
29日												
30日												
31日												

点検責任者 _____

点検責任者 _____ (年 月 日変更)

2 毎月点検

※ 毎月 日に次の事項を確認すること(ただし当該日が閉館日等の場合は直近の開館日等に)。

確認事項

①外観の確認(本体の亀裂・破損・部品の欠落など)

②消耗品の交換時期の確認等

消耗品名	交換予定日・交換日等							
ア 使い捨てパッド	交換予定年月日	平成	年	月 日	交換日	平成	年	月 日
イ バッテリーパック	交換予定年月日	平成	年	月 日	交換日	平成	年	月 日
ウ その他()	交換予定年月日	平成	年	月 日	交換日	平成	年	月 日

③基本動作の確認(ブザー・インジケータ・スピーカー・スイッチ等の確認)

①～③の事項を確認後、使用可であれば「○」を記載、使用不可であれば「×」を記載し、**使用不可の場合は速やかに販売業者に連絡すること。**

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
点検結果												

3 備忘欄

※ 点検表については、北九州市保健福祉局地域医療課のホームページ「救急医療」からダウンロードできますのでご利用ください。

AED点検表（2010年度）

記入例

1 毎日点検

毎日の点検する時刻を記入してください

点検する年度を記入してください

※ 毎日 9 時にインジケータを確認すること(ただし閉館日を除く)。

インジケータで機器状況の確認後、使用可であれば「○」を記載、使用不可であれば「×」を記載し、**使用不可の場合は速やかに販売業者に連絡すること。**

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1日	○	○	○	○	○							
2日	○	○	○	○	○							
3日	○	○	○	○	○							
4日	○	○	○	○	○							
5日	○	○	○	○	○							
6日	○	○	○	○	○							
7日	○	○	○	○	○							
8日	○	○	○	○	○							
9日	○	○	○	○	○							
10日	○	○	○	○	×							
11日	○	○	○	○	○							
12日	○	○	○	○	○							
13日	○	○	○	○	○							
14日	○	○	○	○	○							
15日	○	○	○	○	○							
16日	○	○	○	○	○							
17日	○	○	○	○	○							
18日	○	○	○	○	○							
19日	○	○	○	○	○							
20日	○	○	○	○	○							
21日	○	○	○	○	○							
22日	○	○	○	○	○							
23日	○	○	○	○	○							
24日	○	○	○	○	○							
25日	○	○	○	○	○							
26日	○	○	○	○	○							
27日	○	○	○	○	○							
28日	○	○	○	○	○							
29日	○	○	○	○	○							
30日	○	○	○	○	○							
31日	△	○	△	○	○	△	△	△	△	△	△	△

毎日の点検結果を記入してください

点検責任者の氏名を記入してください

点検責任者 ○ ○ △ △

点検責任者 _____ (年 月 日変更)

2 毎月点検

毎月の点検を行う日を記入してください

※ 毎月 1日に次の事項を確認すること(ただし当該日が閉館日等の場合は直近の開館日等に)。

確認事項

①外観の確認（本体の亀裂・破損・部品の欠落など）

それぞれの消耗品の交換すべき年月日を記入してください

当該年度中での交換した日を記入してください

②消耗品の交換時期の確認等

消耗品名	交換予定日・交換日等			
	交換予定年月日	平成22年 7月10日	交換日	平成22年 7月10日
ア 使い捨てパッド	交換予定年月日	平成25年 7月10日	交換日	平成 年 月 日
イ バッテリーパック	交換予定年月日	平成22年 9月20日	交換日	平成 年 月 日
ウ その他（小児用パッド）	交換予定年月日			

③基本動作の確認（ブザー・インジケータ・スピーカー・スイッチ等の確認）

①～③の事項を確認後、使用可であれば「○」を記載、使用不可であれば「×」を記載し、**使用不可の場合は速やかに販売業者に連絡すること。**

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
点検結果	○	○	○	○	○							

3 備忘欄

故障や修理などの記録を記入してください

上記の①～③点検項目の結果を記入してください

- 2009年6月10日故障修理(6月13日修理完了)
- 2010年8月10日故障、業者連絡、代替機と交換(8月20日修理完了)

※ 点検表については、北九州市保健福祉局地域医療課のホームページ「救急医療」からダウンロードできますのでご利用ください。